



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

EL DIFUSO LÍMITE ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA

(A propósito de un caso)

Clara Provenza Tomás, Bárbara Martín Carrasco, Ángela de Urquía Palacios, Paula Beatriz López de Castro Barrios, Covadonga Fernández Carrodegua.

claraprovenzatomas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una paciente de 74 años, pluripatológica y con diagnóstico de parkinsonismo farmacológico, donde se ve reflejada la amplia variedad psicopatológica que puede presentar una persona en la vejez.

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 74 años, derivada por Neurología con sintomatología ansioso-depresiva de larga evolución.

ANTECEDENTES

Somáticos: No alergias medicamentosas conocidas. Hace 10 años presentó episodio de trombosis venosa mesentérica con necrosis isquémica intestinal que precisó resección intestinal, incluidos íleon y colon hasta promontorio, y realización de ileostomía terminal tipo Brooke en fosa ilíaca derecha. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo 2 de unos 20 años de evolución, que no precisa tratamiento hipoglucemiante a raíz de la resección intestinal. Artrosis lumbar. Tuvo mala tolerancia a opiáceos en Unidad del Dolor, a raíz de lo cual desarrolló un parkinsonismo farmacológico. Intervenida quirúrgicamente de fibroma de mama, cataratas, colecistectomía, colectomía total. No presenta hábitos tóxicos.

Su tratamiento consistía en: lormetazepam 2 mg 0-0-1, diltiazem 60 mg 1-0-0, adiro 300 mg 0-0-1, omeprazol 20 mg 1-0-0, tramadol gotas 20-0-20, paracetamol 650 mg a demanda, lorazepam 1 mg 0-1-0, fisiogen ferro forte 0-1-0, magnesio 0-1-0, colestiramina sobre 0-1-1.

Contexto socio-familiar: vive con su marido el cual ha sufrido recientemente un aneurisma de aorta, por lo que se encuentra convaleciente. Tiene 2 hijas, que viven independizadas y la visitan a diario. Tiene 5 nietos. Es la segunda de 5 hermanos. Buen apoyo familiar. Ha trabajado como ama de casa. Cobra pensión por Ley de Dependencia.

EL DIFUSO LÍMITE ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA

Psiquiátricos: Sin contacto previo en Salud Mental. En su tarjeta sanitaria consta la prescripción de sertralina, citalopram, escitalopram y paroxetina, pautado por su Médico de Atención Primaria, entre 2006 y 2009.

Familiares: hermana diagnosticada de Trastorno Adaptativo.

ANAMNESIS

Acude acompañada por sus dos hijas. Éstas afirman que desde hace pocos meses sufre empeoramiento anímico y comienza con "la obsesión" de no sentirse limpia en relación con la colostomía, por lo que exige ser lavada continuamente. Tiene la sensación de estar mojada o de tener la bolsa llena, cuando no es así. A raíz de esto se negó a comer (llegó a pesar 38 kg), justificándolo con el dolor que siente al comer y con que la bolsa se le llena antes. También la encuentran irritable y con dificultad para el sueño.

La paciente refiere no poder más con esta situación, tras la cirugía se adaptó bien, pero poco a poco ha ido "viniéndose abajo", encontrándose peor de ánimo desde la enfermedad de su marido. Manifiesta falta de energía y de ganas para realizar las tareas de casa y para salir a la calle, actividad que antes disfrutaba mucho, llanto continuo, dificultad en el sueño, fallos mnésicos y falta de concentración, preocupación constante por la carga que supone para sus hijas y sentimientos de inutilidad y minusvalía.

EXPLORACIÓN

Consciente, desorientada en tiempo, orientada en espacio y persona. Tranquila y abordable. Irritable con sus familiares. Fallos mnésicos en la memoria inmediata y remota. Labilidad afectiva. Discurso coherente, circular en torno a su colostomía. Ánimo depresivo, disfórico, con múltiples quejas somáticas. Ansiedad diaria. Anergia y anhedonia. Sentimientos de culpabilidad que le generan rumiaciones constantes. Achaca de forma irracional toda su sintomatología a la bolsa de colostomía. Ideas pasivas de muerte que verbaliza como modo de evasión de sus problemas pero que razona de forma coherente. No ideación ni plan autolítico actualmente. Buena contención familiar. Juicio de realidad preservado.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica de sangre: controles cada 3 meses por Endocrinología.
- TAC craneal: ya solicitado por Neurología.
- Mini mental test: 22/30

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Inicialmente barajamos la presencia de contenido delirante, puesto que la paciente mantenía en su discurso cierta convicción sobre sus ideas, pero la obtención de mejoría clínica sin necesidad de emplear tratamiento antipsicótico nos hizo plantearnos otras opciones, como ideas obsesivas.

EL DIFUSO LÍMITE ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA

A favor de estas últimas encontramos la existencia de un pensamiento reiterativo, molesto y preocupante, que escapaba al control de la paciente y determinaba el establecimiento de estrategias de lucha, sin éxito, como las idas constantes al baño. En contra, observamos la ausencia de ser consideradas irracionales y absurdas, característica típica de las ideas obsesivas, y la presencia de un fuerte vínculo afectivo con ellas. Se trataba de ideas muy impregnadas afectivamente y que ocupaban un lugar importante en la vida psíquica, rigiendo gran parte de la actividad de la paciente en torno a sí, por lo que finalmente, nos decantamos por la existencia de ideas sobrevaloradas que pudieron llegar a ser deliroides sobretudo al principio del cuadro cuando la gravedad era mayor. Éstas derivaban de otra manifestación psicopatológica, en nuestro caso de un trastorno afectivo grave, y la ambivalencia mostrada en la convicción de lo relatado y la mejoría evidente al mejorar el cuadro depresivo de base, apoyaron la existencia de un componente deliroides en el pensamiento 1,2.

Se realizó un diagnóstico diferencial en el que se abarcó: episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, el cual descartamos por la ausencia de sintomatología psicótica estructurada y por la evidente mejoría alcanzada sólo con la toma de antidepresivo. Otra alternativa fue: demencia incipiente, puesto que a veces comienza con alteraciones del estado anímico, pero fue desechado por la rápida evolución en meses, y respuesta a tratamiento antidepresivo. Finalmente establecimos el diagnóstico de pseudodemencia, consistente en un cuadro depresivo de inicio agudo, de rápida progresión y en el que predominan importantes síntomas cognitivos como trastornos de la memoria (simultáneamente se afectan la inmediata y la remota), falta de atención y concentración, confusión, desorientación y alteraciones del juicio, que tiene buena respuesta al tratamiento con antidepresivos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pseudodemencia

TRATAMIENTO

Dada la importante afectación del estado anímico con la consecuente repercusión en la funcionalidad, decidimos iniciar tratamiento con ISRS (sertralina 50 mg/día) ya que es lo indicado de primera línea. La paciente ya tomaba un protector gástrico, y aun teniendo molestias digestivas de base, consideramos que era la mejor opción dado los escasos efectos secundarios que produce este fármaco; aun así no hubo tolerancia. Debido a lo rumiativo del pensamiento y a la gravedad del episodio, decidimos prescribir un antidepresivo tricíclico (clomipramina) por su potente efecto antidepresivo. En este sentido, queremos señalar que no hay evidencia científica al respecto, ya que faltan estudios en personas mayores de 65 años, que no han respondido a tratamiento de primera línea o que han respondido de manera inadecuada 3.

EL DIFUSO LÍMITE ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA

EVOLUCIÓN

Tras casi 4 semanas de tratamiento (sertralina 50 mg/día), la paciente acudió de forma urgente presentando diversos síntomas: náuseas, temblores, marcha parkinsonizada, rigidez en rueda dentada, sialorrea, confusión (le indicaban que se quitara el calcetín y extendía el brazo), cifras de glucemia alteradas...En lo referente al ánimo, persistía sintomatología de corte depresivo. Por todo ello, se decidió suspender sertralina y lormetazepam, aumentar lorazepam 1 mg (1-1-2) e iniciar tratamiento con clomipramina 25 mg (0-0-1).

A los 10 días, se apreció una leve mejoría: la paciente se encontraba más relajada, mejor de apetito, salía más a la calle, pero su hija afirmaba que persistían las crisis de irritabilidad a la hora de las comidas y la sintomatología extrapiramidal, la cual empeoraba en el domicilio. Persistían pensamientos obsesivos sobre la colostomía, que condicionaban excesivamente su vida y sus hábitos y que podrían ser delirantes.

Dada la mejoría alcanzada con el antidepresivo, se decidió ir aumentando dosis muy lentamente con el objetivo de evitar la aparición de efectos adversos. No obstante, los primeros días tras el reajuste farmacológico, empeoraba la sintomatología extrapiramidal.

Por otro lado, se observaron ciertas incoherencias en su discurso (ejemplo: las hijas le preguntaban que por qué no se había lavado los dientes y ella respondía que porque no se había peinado) por lo que se derivó el caso a consulta de Neurología donde le pautaron akineton retard 2 mg/12h y realizaron TAC craneal (atrofia cortico-subcortical difusa, no desproporcionada para su edad, con leve dilatación ventricular), manteniendo únicamente el diagnóstico de parkinsonismo farmacológico y comprometiéndose a revisiones cada 6 meses.

La evolución ha sido favorable, encontrándose actualmente estabilizada con clomipramina 50 mg/día. Ha ganado en autonomía, se encuentra mejor de ánimo y aunque persisten ciertas rumiaciones, ya no condicionan su vida de forma tan severa y es capaz de hablar de ellas con mayor conciencia. El Mini Mental realizado en estos momentos se sitúa en 27/30, correspondiendo a una adecuada capacidad cognoscitiva.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

La depresión en ancianos se considera un importante problema de salud pública debido a sus devastadoras consecuencias: aumento de la morbilidad, mayor riesgo de suicidio y deterioro del funcionamiento físico, cognitivo y social; que implican una mayor mortalidad.

Aproximadamente un 15% de los ancianos sufren síntomas depresivos clínicamente significativos. Los factores de riesgo para desarrollar una depresión en la vejez comprenden complejas interacciones entre vulnerabilidades genéticas, cambios neurobiológicos asociados con la edad y acontecimientos estresantes. Además de los síntomas afectivos, es muy característica la aparición de cambios cognitivos y síntomas somáticos que dificultan su diagnóstico, puesto que también podría tratarse de los pródromos de una demencia 4,5.

EL DIFUSO LÍMITE ENTRE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA

Con el término "pseudodemencia" se han venido identificando todas aquellas alteraciones cognitivas de carácter reversible que pueden encontrarse en distintos procesos psiquiátricos. Su prevalencia en la población general mayor de 65 años se estima en un 0,4-2,1%. Las características clínicas de la pseudodemencia depresiva son en ocasiones muy similares a las observadas en las demencias de patrón subcortical, con pérdida de intereses y motivaciones, enlentecimiento físico y mental, trastornos de la atención y concentración, aislamiento social y abandono del cuidado personal ⁶.

En definitiva, y a pesar de las importantes consecuencias recogidas anteriormente, varios estudios concluyen que frecuentemente la depresión en esta población no se diagnostica y no recibe un tratamiento adecuado ⁵. Es necesario poner especial atención en realizar un correcto abordaje y tratamiento, así como realizar intervenciones preventivas con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Higuera Aranda A, Jiménez Linares R, López Sánchez J. Compendio de psicopatología. 4º ed. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos; 1996.
2. Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Blanch J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8º ed. Barcelona: Masson; 2015.
3. Barton S, Karner C, Salih F, Baldwin D, Edwards S. Clinical effectiveness of interventions for treatment-resistant anxiety in older people: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2014;18(50):1-60. Disponible en: <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-18/issue-50#abstract>
4. Fiske A, Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009;5(1):363-389. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852580/>
5. Gracia-García, P, et al. Depresión y riesgo de demencia. Una revisión actualizada de la bibliografía. *Psicogeriatría*. 2015; 5 (1): 15-22. Disponible en: http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0015_0022.pdf
6. Sánchez, B. M., Álvarez, T. F., & Paz, M. A. Cuando el río suena. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*. 2012; (10): 83-86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5157397>